

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922 - 1923 — N° 85

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
PHLÉBITES AU COURS DE LA GROSSESSE
(PHLÉBITES VARIQUEUSES EXCEPTÉES)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 7 Février 1923

PAR

Antoine-Gabriel-André TRAISSAC

Ex-Externe des Hôpitaux

Né à BORDEAUX (Gironde), le 3 Novembre 1894

Examineurs de la Thèse	{	MM. RIVIÈRE, professeur.....	Président,
		DENUCE, professeur.....	Juges.
		ANDÉRODIAS, agrégé.....	
		ROCHER, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE VICTOR CAMBETTE

91, Cours de la Marne, 91

—
1923

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922 - 1923 — N° 85

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
PHLÉBITES AU COURS DE LA GROSSESSE
(PHLÉBITES VARIQUEUSES EXCEPTÉES)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 7 Février 1923

PAR

Antoine-Gabriel-André TRAISSAC

Ex-Externe des Hôpitaux

Né à BORDEAUX (Gironde), le 3 Novembre 1894

Examineurs de la Thèse	{	MM. RIVIERE, professeur	<i>Président.</i>
		DENUCE, professeur	{ <i>Juges.</i>
		ANDERODIAS, agrégé	
		ROCHER, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE VICTOR CAMBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS :

MM.			MM.
Clinique médicale.....	ARNOZAN.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
	VILLAR.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie...	DENUCE.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	BÉGOUIN.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants...	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscope clinique...	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale...	DENIGÈS.
Anatomie.....	PICQUE.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie...	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	W. DUBREULH.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	POUSSON.
Médecine légale et déontologie...	VERGER.	Clinique des maladies nerveuses et mentales...	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale	BERGONIE.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	MOURE.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.	BARTHE.
Botanique et matière médicale...	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — GUYOT (Pathologie externe). — LABAT (Pharmacie)

CARLES (Thérapeutique et Pharmacologie). — PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.			MM.
Anatomie et embryologie.....	N.....	Médecine générale.....	CREYX.
Histologie.....	LACOSTE (chargé).		MICHELEAU.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Médecine légale.....	LANDE.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS (chargé)		ROCHER.
	N.....	Chirurgie générale.....	DUVERGEY.
Physique biologique et médicale...	RÉCHOU.		PAPIN.
Chimie biologique et médicale.....	N....	Obstétrique.....	PÉRY.
	MAURIAC.		FAUGÈRE.
Médecine générale.....	LEURET.	Ophtalmologie.....	TEULIÈRES.
	DUPÉRIÉ.	Pharmacie.....	N....

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.			MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	ANDÉRODIAS.
Médecine opératoire.....	VENOT.	Démonstrations et Préparations pharmaceutiques	LABAT.
Accouchements.....	FAUGÈRE.	Chimie.....	RANGIER.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Pathologie interne.....	CREYX.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes			ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

IN MEMORIAM

A MA MÈRE

A MON GRAND-PÈRE

A MES GRANDS-PARENTS

A MA GRAND'MÈRE

A MA SECONDE MÈRE

A MON PÈRE

*C'est l'enfant que tu as tant choyé,
c'est le poilu dont tu as, par ta seule
volonté, partagé les angoisses sous
Verdun; c'est l'étudiant dont tu as
été le premier maître et le plus aimé,
qui viennent t'apporter ici toute leur
reconnaissance et leur affection.*

A MES FRÈRES

A TOUS CEUX QUE J'AIME

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR MAURICE RIVIÈRE

PROFESSEUR DE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

Au moment où nous fréquentions le service de notre maître, M. le Professeur Maurice Rivière, nous avons eu connaissance de deux cas de phlébite pendant la grossesse. Leur singularité ayant attiré notre attention, nous avons eu l'idée d'en faire le sujet de notre thèse.

Nos recherches n'ont pas abouti à la découverte de nombreuses observations et nous avons pu nous convaincre qu'il n'existait qu'un petit nombre de cas publiés. Nous en avons trouvé quelques-uns réunis dans la thèse de Charpy (Paris 1902). A peu près à la même époque, Saint-Ange, Brindeau, en publièrent de beaux cas. Depuis, l'oubli a semblé se faire sur cette question, sauf à Nancy où, d'ailleurs, les phlébites étaient particulièrement étudiées. La littérature étrangère paraît également muette sur ce sujet et la plupart de nos observations ont été recueillies à Bordeaux même.

Il est intéressant, à cause des conclusions que l'on peut en tirer, de se demander si cette rareté est réelle ou bien si simplement ces cas n'ont pas été publiés parce qu'ils paraissaient d'un intérêt médiocre. Les principaux travaux parus sur les phlébites, en particulier le rapport de Jeannin, à la Société Obstétricale de France, en 1912, ne les mentionnent pas comme des faits absolument exceptionnels. Leur fréquence ne doit pas néanmoins être bien grande puisqu'en treize ans (1910-1923) il ne s'en est présenté que deux cas dans les maternités de Bordeaux.

Qu'il me soit permis, avant de commencer ce travail, de remercier tous ceux qui ont bien voulu s'y intéresser et m'aider de leurs conseils. M. le Professeur Maurice Rivière, MM. les Professeurs agrégés Andérodias et Péry m'ont fourni des observations, de même que les Docteurs Damade et Boloquy. Le Docteur Balard, accoucheur des hôpitaux, m'a procuré bien des indications utiles. Je tiens aussi à remercier tout particulièrement le Docteur Boursier, chef de clinique, qui m'a prodigué ses conseils et ses encouragements.

Enfin, ma reconnaissance doit surtout aller à mon frère qui, lors de son séjour dans la clinique d'accouchement, comme interne, attira mon attention sur les faits qui font le sujet de ce travail et fut pour moi le plus utile et le plus affectueux des collaborateurs.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
des
PHLÉBITES AU COURS DE LA GROSSESSE
(PHLÉBITES VARIQUEUSES EXCEPTÉES)

Les cas cliniques.

Les phlébites au cours de la grossesse peuvent rentrer dans quatre groupes.

1°) Des *phlébites variqueuses*. — Elles sont assez fréquentes, mais sortent de notre sujet. Elles peuvent offrir quelquefois certaines difficultés d'interprétation. C'est ainsi que Rémy, de Nancy, a publié un cas de phlébite d'une varice superficielle de la région pubienne, au 6^e mois de la grossesse, qui entraîna la mort par embolie. Il s'est demandé s'il ne pouvait pas y avoir, dans ce cas, coexistence de phlébite profonde et si, en particulier, l'embolie qui tua sa malade ne partait pas d'une phlébite interne. Il faut signaler que, dans cette observation, le travail se déclencha quelques heures avant la mort et qu'il naquit un enfant de 1.500 grammes qu'on ne put ranimer.

2°) Des *phlegmatia alba dolens* classiques, s'étendant aux membres inférieurs, simples ou doubles. Ce sont celles qui font l'objet principal de notre travail.

3°) Des *cas larvés* dans lesquels la phlébite ne dépasse pas la zone péri-utérine; peut-être, dans la pratique, ces cas sont-ils plus fréquents qu'on ne le croirait, surtout dans les derniers mois de la grossesse. Il existe quelques observations de mort subite par embolie au cours de la grossesse, où l'embolie ne peut avoir eu comme point de départ qu'une phlébite de ce genre.

4°) Nous devons signaler la possibilité, soit de phlébites siégeant en dehors de la sphère génitale, soit de phlébites cachectiques chez des cancéreuses ou des tuberculeuses, mais nous n'avons pu en trouver d'observation.

OBSERVATIONS

Observations Nos 1 et 2. (PUZOS. — *In* Thèse de CHARPY.)

Dépôts laiteux pendant la grossesse. — Il y a quinze ans et plus, je fus mandé pour voir la femme d'un chirurgien logé sur le quai de la Tournelle. Elle était grosse de sept mois et contrainte de garder le lit, pour une douleur vive qu'elle ressentait dans la cuisse droite, accompagnée d'enflure qui se bornait à cette partie. Il y avait aussi une fièvre médiocre. On avait pris cette maladie pour une douleur de rhumatisme, et on avait employé, pour la calmer, des cataplasmes de toutes espèces. La malade avait été saignée une fois et on se disposait à la purger, lorsque je fus mandé pour faire l'examen de cette maladie. Je la soupçonnai laiteuse à première vue, à cause du lieu de la douleur, quoique ce dépôt fut le premier de cette espèce que j'observai chez une femme grosse. Cherchant dans l'aîne et le long du trajet des vaisseaux de la cuisse, le siège du mal, je sentis une corde douloureuse depuis le pli de l'aîne jusqu'à la partie moyenne et interne de la cuisse ; j'assurai alors que c'était un dépôt laiteux. La malade fut saignée trois fois de suite ; on la mit à une diète beaucoup plus exacte que celle qu'elle avait observée jusqu'à ce temps. J'y joignis deux minoratifs qui consistaient dans des bouillons faits avec les plantes chicoracées dans lesquels on fondait de la manne ou quelque sel purgatif. On appliqua en même temps, sur la partie, des flanelles trempées dans des décoctions émollientes et résolutives. Les douleurs cessèrent ; l'enflure dura un peu plus longtemps, comme il est d'ordinaire, mais elle disparut avant l'accouchement qui ne se fit qu'au terme révolu et sans accident.

Quelque temps après, je vis une jeune dame grosse de son premier enfant, qui se sentit, au terme de quatre mois, attaquée subitement de douleurs à la cuisse, lesquelles furent en même temps suivies de l'enflure de toute cette extrémité. Par l'examen que je fis de la maladie, je trouvai les mêmes signes de dépôt laiteux que dans la personne qui a fait l'objet de l'observation précédente, mais je ne trouvai pas dans la malade et les parents la même docilité pour consentir aux promptes évacuations que je demandais. On ne croyait point, même, à la possibilité d'un dépôt de cette nature pendant la grossesse. Je dois cependant convenir que, sitôt que le médecin, sur le rapport que je lui avais fait de ce que l'examen de la malade m'avait appris, parut convaincu de la nature du mal, on nous laissa faire tout ce que nous crûmes convenable. La malade fut saignée plusieurs fois ; elle prit des apozèmes qui lâchèrent le ventre et qui poussèrent par les urines, et elle fut purgée de temps en temps par une médecine en règle. Enfin, on fit usage des topiques de toute espèce. Ces remèdes produisirent, après un assez long temps, la cessation de la douleur et la diminution de l'enflure à la cuisse et à la jambe. Mais le mal passa de l'autre côté, il attaqua la cuisse et gagna peu à peu toute cette extrémité, la fièvre se mit de la partie, de sorte que cette seconde maladie, succédant de si près à une autre qui avait extrêmement affaibli la malade, empêcha d'employer aussi brusquement les remèdes qui nous avaient réussi du premier côté. Nous les fîmes cependant, mais leur administration fut réglée sur les forces de la malade. Le mal diminua sans cesser absolument, il survint une fièvre lente qui, affaiblissant la malade de jour en jour, rendit les douleurs si vives qu'elle ne pouvait s'appuyer sur ses jambes. Elle accoucha au terme de sept mois et demi après trois mois de souffrances. L'enfant ne vécut que le temps dont on avait besoin pour le faire baptiser. Les accidents de la grossesse continuèrent malgré l'accouchement ; les lochies furent médiocres et de mauvaise qualité. Enfin cette jeune dame succomba à tant de maux et mourut vers le neuvième jour de sa couche. Il y a lieu de croire que l'altération du lait, produite par une cause quelconque, s'était communiquée aux autres humeurs, et que toute la masse du sang, infectée de ce mauvais levain, avait produit la ruine de tout le corps.

Observation N° 3.

(M. le Docteur DEMELIN. — *In* Thèse de CHARPY.)

Phlébite pendant la grossesse. — M^{me} F., primipare, de très bonne santé habituelle, n'a aucun passé pathologique. D. R. du 15 au 19 juillet 1901.

Le 8 février 1902, au terme de 6 mois 1/2 environ, pendant sa promenade quotidienne, M^{me} F..., en voulant monter sur un trottoir, sent une douleur assez vive dans le mollet gauche. Elle peut cependant rentrer chez elle à pied. La douleur continue le lendemain et les jours suivants. Je vois M^{me} F... le 11 février et je trouve de l'œdème moyennement accentué au mollet et à la cuisse gauche ; les chevilles sont un peu enflées. Il y a de la douleur provoquée au mollet, au creux poplité, à la face interne de la cuisse et au pli de l'aîne, au niveau de la veine crurale. Pas trace de fièvre à aucun moment. La température ne s'est pas élevée et ne s'élèvera jamais au-dessus de 37°5 (température axillaire prise trois à six fois en 24 heures). Hydarthrose assez notable. Pas d'albumine dans les urines ni de signes d'auto-intoxication gravidique.

Du 13 au 17 février, courbature générale, sans fièvre, sans céphalalgie, avec anorexie et constipation.

Pertes blanches abondantes et un peu fétides, pas d'hémorragies génitales. Enfant normalement développé, vivant.

Je revois plusieurs fois cette dame et en particulier le 20 février, avec le Professeur Budin. Le 21, la jambe est placée dans une gouttière. La leucorrhée et la constipation sont combattues. La courbature a disparu ; l'appétit revient bientôt très normal. L'état général est bon.

La leucorrhée continue, abondante ; l'œdème et l'hydarthrose persistent. La circulation collatérale sous-cutanée s'est développée mais modérément. L'œdème est toujours resté un peu dur.

Les douleurs disparaissent bientôt. Le 24 mars, il n'y a plus d'hydarthrose ; mais il reste encore de l'œdème au niveau de la cuisse et du mollet. Je permets, par jour, 4 heures de repos hors de la gouttière depuis le 21 mars.

Excellent état général. La leucorrhée continue toujours. L'enfant se développe normalement.

M^{me} F... perd les eaux le 31 mars, à 5 heures 1/2 du matin, et ressent les premières douleurs une heure après. La dilatation se fait rapidement. A 9 heures 1/2, accouchement spontané en O. P. d'un garçon vivant de 3.280 grammes. L'accouchement s'est fait dans le décubitus dorsal, la jambe gauche allongée hors de la gouttière. Depuis la veille, les malléoles — jusqu'alors respectées — sont le siège d'un œdème qui est apparu sans douleur. A aucun moment de son accouchement M^{me} F... n'a souffert de sa jambe. Elle n'a éprouvé aucune douleur de ce côté ni dans la journée de l'accouchement ni dans celle qui a suivi.

Délivrance naturelle et complète à 10 heures 1/2. L'examen attentif du placenta ne montre aucune trace de décollement ni d'hémorragie ancienne ou récente. Les membranes étaient libres de toute adhérence.

La jambe malade est remise en gouttière trois heures après l'accouchement. Température normale.

Observation N° 4. (CHARPY.)

M^{me} L..., 25 ans, demeurant à M... (Eure-et-Loir). Pas d'antécédents héréditaires ; parents vivants et bien portants. A eu la rougeole à 5 ans et la scarlatine à 13 ans.

Première grossesse normale, accouchement normal, à terme, d'un garçon pesant 3.250 grammes. Mis à l'alimentation mixte, mort d'entérite à l'âge de trois mois.

D. R. 15 au 20 février 1901. Grossesse normale. Depuis deux mois, constipation rebelle. M^{me} L... ne peut aller à la selle que tous les trois ou quatre jours, et souvent, pour ce faire, est obligée de prendre un lavement. Pas d'albumine, d'hémorragies ni de leucorrhée.

Le 3 août, à 7 heures du soir, en montant l'escalier de son appartement, M^{me} L... est prise d'une douleur subite dans la cuisse droite, douleur qu'elle compare à une sensation de déchirure, et si violente qu'elle ne peut remonter les quelques

marches qui la séparent de son logis. Elle n'a gagné son lit que portée, pour ainsi dire, par son mari. Pas de symptômes généraux, pas de température. M^{me} L... mange bien au dîner et s'endort rapidement, espérant que la douleur vive qu'elle ressent dans la cuisse droite et qu'elle attribue à un faux mouvement aura disparu le lendemain à son réveil.

4 août. — La malade a bien dormi. Au réveil, la douleur persiste, aussi vive que la veille ; de plus, elle a gagné le mollet. La cuisse et la jambe sont enflées ; M^{me} L... ne peut mouvoir le membre inférieur droit qui, selon son expression, semble peser 100 kilogrammes. M^{me} L... nous fait demander.

A l'examen, le membre inférieur droit, volumineux, affecte une forme cylindrique ; il est en extension complète et en légère rotation externe. La malade est dans l'impossibilité absolue de le mouvoir. Les mensurations de la cuisse, à 15 centimètres au-dessus du bord supérieur de la rotule, donnent les dimensions suivantes : côté sain, 43 centimètres ; côté malade, 50 centimètres 5. Mollet : côté sain, 28 centimètres ; côté malade, 33 centimètres.

L'œdème est douloureux, lisse, dur, le godet impossible à produire ; il est blanc, analogue à celui de la phlegmatia alba dolens. Le membre malade paraît plus chaud que le membre sain. En explorant doucement le trajet des vaisseaux, on sent au niveau du triangle de Scarpa un cordon dur, noueux, qui paraît être la fémorale. Cette exploration, très douloureuse, n'est pas poussée plus loin à cause des plaintes de la malade qui accuse des fourmillements dans le membre inférieur droit.

Pas d'albumine dans les urines, rien de particulier à l'auscultation du cœur ni des poumons, température axillaire 36°9. Malgré l'absence de température, l'apparition d'une pareille complication au cours de la grossesse, l'idée de phlegmatia alba dolens s'impose à notre esprit devant le caractère net des symptômes locaux. Le membre inférieur droit, après avoir été très légèrement frotté avec un tampon imbibé du mélange suivant :

Teinture de Belladone	{	aa 20 grammes.
Teinture de Coca		

est enveloppé d'ouate et placé, faute de gouttière, sur un

coussin en balle d'avoine. Le soir, température axillaire 37°.

5 août. — Le genou droit est le siège d'un épanchement moyen. Le choc rotulien est nettement perçu. Mêmes symptômes que la veille. La malade, qui a bien dormi, mange bien et ne se plaint que de son membre inférieur droit. Température 36°9. Le membre inférieur est complètement recouvert de compresses imbibées d'une solution saturée de chlorhydrate d'ammoniaque. La malade prend 10 grammes de sulfate de soude. Le soir, température 37°2.

Le 6 et le 7 août. — Pas de changements notables, pas de température, bon état général. Les compresses sont imbibées deux fois par jour, 10 grammes de sulfate de soude.

Le 12 août. — La température axillaire, prise régulièrement deux fois par jour, n'est pas montée une fois au-dessus de 37°. L'état général est aussi satisfaisant que possible, la malade va régulièrement à la selle deux fois par jour. Pas d'albumine dans les urines. Le membre inférieur droit est le siège d'une éruption de petites vésicules qui sont attribuées au chlorhydrate d'ammoniaque. On cesse l'application des compresses. Le membre est saupoudré de poudre d'amidon et enveloppé d'ouate.

Le 22 août. — Il ne s'est produit aucune élévation de température. L'état général est très bon, les fonctions intestinales régulières, pas d'albumine dans les urines.

Nous eûmes l'occasion d'avoir plus tard des nouvelles de M^{me} L... par l'entremise du médecin que nous remplacions. Nous nous intéressions à ce cas que nous n'avions jamais observé. La phlegmatia suivit la marche habituelle de ces affections. Le 8 septembre tous les symptômes avaient disparu, les veines n'étaient plus accessibles à la palpation. On commença une légère mobilisation des orteils, puis graduellement et prudemment on fit des massages du membre inférieur. M^{me} L... ne fut autorisée à se lever que le 22 septembre. Tout marcha à souhait. La grossesse évolua normalement, l'accouchement, survenu le 20 novembre, s'effectua sans incident. Les suites de couches ne présentèrent rien de particulier.

Observation N° 5.

(VALENCY. — *In* Thèse de CHARPY.)

Jeanne M... vient à la consultation de la clinique Tarnier, le 24 mars dernier. Elle a grand'peine à se tenir debout et la marche est pour elle la cause de grandes souffrances.

C'est une primipare de 26 ans, qui exerce la profession de mécanicienne. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires ou personnels qui sont bons. Réglée à 18 ans, ses règles sont irrégulières, survenant tantôt tous les 15 jours, tantôt tous les 2 ou 3 mois. Elles sont apparues pour la dernière fois du 15 au 18 juillet ; mais, à en juger par le développement du ventre, la malade est enceinte de 7 mois environ.

A part les troubles sympathiques ordinaires de la grossesse, celle-ci n'a été marquée par aucun incident notable. On ne relève ni constipation, ni hémorragies, ni pertes blanches. Les urines sont normales. La malade a, du reste, continué à piquer à la machine jusqu'au 8 mars.

Le 17 mars, la malade glisse d'une chaise sur laquelle elle était assise et fait une chute sur le siège. A la suite de ce léger traumatisme, elle éprouve dans la fesse gauche des douleurs qui ne l'ont d'ailleurs pas empêchée de se rendre à son atelier jusqu'au 22 mars. Elle ressentait aussi à l'aîne et au mollet des douleurs vives spontanées, qui étaient exaspérées par la pression du talon sur le sol pendant la marche.

Le 23 mars, en se réveillant, la malade ressent de vives douleurs dans tout le membre inférieur gauche qui est très augmenté de volume. Cette douleur persiste pendant toute la journée et pendant toute la nuit. La malade essaie, ce jour-là encore, de se rendre à son travail, mais, en présence de la difficulté qu'elle a à se tenir debout, elle se décide à venir consulter le lendemain. A l'inspection, l'attitude du membre est caractéristique : la jambe est fléchie sur la cuisse, la cuisse sur le bassin, et tout le membre est en rotation interne. Les téguments ont une coloration rosée, et sont le siège d'une arborisation vasculaire assez développée, surtout à la face externe. L'œdème, généralisé à tout le membre, est douloureux et dur, et la peau conserve difficilement l'empreinte du doigt.

Le genou est augmenté de volume. Régulièrement arrondi, il ne présente ni méplats, ni saillies. Le choc rotulien est très net.

Par une pression légère et douce on éveille de la douleur dans le bas-ventre, au niveau du ligament rond, au milieu du pli de l'aîne, au niveau de l'embouchure de la saphène interne et de la fémorale, sur la face interne du genou et au creux poplité. La palpation permet de sentir un cordon veineux sur le trajet de la fémorale, au niveau du triangle de Scarpa. Le membre malade est le siège d'hyperesthésie.

Les mensurations, prises en des points rigoureusement symétriques, donnent les chiffres suivants :

	GAUCHE	DROIT
Cou-de-pied.....	23 $\frac{1}{2}$	23
Mollet.....	33	29
Genou.....	37	32 $\frac{1}{2}$
Cuisse (à 8 centimètres au-dessus du genou).	44,5	40
» (à 15 centimètres au-dessus du genou)	49	45

La malade dit n'avoir eu ni fièvre ni frisson depuis le début de l'affection et l'état général est demeuré bon. Depuis son entrée dans le service, une seule fois la température a atteint 37°1.

La malade, dont le membre a été mis immédiatement en gouttière et entouré d'un pansement humide, est restée dans le service jusqu'au terme de sa grossesse. Dès le 10 avril, on constate une amélioration sensible du côté de la jambe : l'œdème va en diminuant et les douleurs s'atténuent considérablement. On retire la gouttière le 20 avril ; l'œdème a disparu, mais il persiste encore un peu d'hydarthrose. A aucun moment il n'y a eu d'élévation de température. Le 30 avril, la malade commence à se lever pendant quelques heures.

La femme paraissant complètement guérie est évacuée sur les dortoirs des femmes enceintes valides vers le 10 mai. Deux jours après, on constate à la jambe gauche l'apparition d'un léger œdème qui disparaît après quatre jours de repos. Depuis, aucun accident ne s'est produit, et la malade a continué à se lever.

L'accouchement s'est terminé le 18 juin à l'aide d'une application de forceps, après un travail de 34 heures. Suites de couches normales jusqu'au 26 juin. Le 27, la température atteint le soir 38°6, et on constate de la lymphangite du sein. La malade quitte la clinique le 3 juillet, sans qu'il soit rien survenu de particulier du côté du membre inférieur qui avait été le siège de la phlébite.

Observation N° 6.

(TROISIER, Thèse agrég., Paris, 1880. In Thèse de CHARPY.)

Grossesse de trois mois. Phlegmatia des deux membres inférieurs. Embolies pulmonaires. Guérison.

M^{me} Chedet, âgée de 23 ans, entre le 14 mai 1864 dans la salle Saint-Antoine, n° 28.

Au mois de janvier, après un refroidissement, la malade voit ses règles s'arrêter. 4 jours après, paraît un œdème autour des malléoles du pied droit qui remonte à la partie inférieure de la cuisse. Cet œdème était douloureux à la pression. Depuis un mois il a notablement décru, mais, depuis 15 jours, la jambe gauche s'est prise à son tour. L'œdème y est peu accusé, le doigt n'y laisse pas d'empreinte mais provoque de la douleur à la pression.

Dans le creux poplité on sent un cordon dur et douloureux qui est sans doute la veine saphène externe.

Dans les quelques jours qui ont précédé l'entrée à l'hôpital, l'œdème douloureux a reparu en partie au membre droit.

Le 18 mai. — La pression n'éveille plus de douleur. Il y a un développement exagéré du réseau veineux sous-cutané.

Le 29 mai. — Hier soir, la malade a été prise subitement de palpitations violentes avec un sentiment d'angoisse. Les battements du cœur sont assez forts. Le pouls, régulier, bat à 105. Dans la journée, la malade est prise d'une cyanose momentanée, avec perte complète des forces et vive oppression.

Le 30 mai. — La dyspnée persiste, bien que l'examen des organes thoraciques ne révèle aucune lésion.

1^{er} juin. — La malade est prise à nouveau d'un accès de dyspnée moins intense que celui des jours précédents. Elle éprouve pourtant un sentiment de froid aux extrémités et la peau est couverte de sueurs froides. La malade se plaint de palpitations violentes, le gonflement des jambes a disparu. Dans la journée, nouvel accès de dyspnée avec douleurs constrictives à la région cardiaque. Pendant ces différentes attaques, la figure de la malade était tantôt congestionnée tantôt très pâle.

Le 4 juin. — Les palpitations persistent sans souffle cardiaque. La malade accuse des douleurs vives dans l'aîne gauche, le haut de la cuisse et les reins.

5 juin. — La douleur de la jambe persiste, il n'y a pas de gonflement appréciable du membre. On sent un cordon qui répond à la veine fémorale.

Après l'accouchement, l'œdème des membres avait complètement disparu.

Observation N° 7 (Résumée).

(Thèse de GAFÉ, Paris, 1873. — In Thèse de CHARPY.)

Mort subite vers la fin de la grossesse par phlegmatia alba dolens et embolie pulmonaire. Opération césarienne.

P... Marie, 25 ans, couturière, entra à la Maternité de Nantes le 30 mars 1872. Elle était alors près du 9^e mois de sa grossesse. Avant, comme pendant sa grossesse, cette femme avait toujours joui jusque-là d'une santé excellente. Ajoutons qu'elle est primipare. Depuis quelques jours, elle s'apercevait que ses jambes étaient enflées chaque soir au retour de son travail, principalement vers les malléoles, et c'est ce qui l'avait décidée à entrer à l'hôpital.

Au bout de quelques jours de repos dans les salles, il ne fut plus du tout question de cette enflure, d'ailleurs légère d'après son dire même. Cependant, vers le 10 avril, alors que son ventre avait déjà baissé, qu'elle se sentait plus à l'aise, elle se plaignit de légers maux de tête, de frissons irréguliers,

d'anorexie, ce pourquoi on lui donna un purgatif et une dose de sulfate de quinine. Mais elle remarqua en même temps que ses cuisses étaient de nouveau enflées, ce qui l'effraya beaucoup, puis l'enflure se montra aux deux jambes. On examina alors son urine et on y constata une quantité énorme d'albumine. On ne poussa pas plus loin l'examen et M. Citerne, chirurgien à la Maternité, mit la céphalalgie, le malaise, certains troubles visuels comme l'amblyopie qu'elle accusait, sur le compte d'un peu d'urémie qu'expliquaient suffisamment l'œdème et les troubles de l'urine secrétée d'ailleurs en moindre abondance. On soumit la malade à une observation attentive. C'était le 15 avril.

Le 18 avril, à part l'enflure des jambes, surtout à gauche, qui persistait sans être très considérable avec de la gêne plutôt que de la douleur, la malade était bien. Le 19 avril, il en fut de même.

Le 20 avril, la malade se lève comme la veille et, vers 10 h. 1/2, elle se met à table et mange. A midi 1/2, la malade qui était assise, est prise de dyspnée subite, d'une suffocation épouvantable, le visage pâlit, les mains deviennent froides. Elle fait de grandes inspirations comme pour appeler l'air qui lui fait défaut et elle meurt.

L'autopsie de la malheureuse femme fut faite le lendemain sous les yeux de M. Citerne. Tout d'abord, je recueillis l'urine qui se trouvait dans la vessie et y trouvai un abondant précipité d'albumine. Mais ce n'est pas tout. En voulant enlever le rein gauche, j'aperçois par hasard la veine iliaque du côté gauche gonflée ; je l'ouvre et j'y constate un caillot fibrineux, dur, très adhérent. Ce caillot se prolonge dans la veine crurale jusqu'à l'embouchure de la veine saphène interne, et il est adhérent aux parois des vaisseaux par des tractus cellulux. Il n'y a pas trace d'altération des parois de la veine. Toujours du côté gauche, au niveau de l'abouchement de la veine iliaque externe, dans l'iliaque primitive, ce caillot fibrineux se termine en pointe ramollie, comme désagrégée. Le tissu cellulaire des deux jambes est infiltré de sérosité épaisse, surtout du côté gauche où l'infiltration est beaucoup plus marquée. L'œdème est dur, principalement à la cuisse.

En somme, il ya eu dans ce cas une phlegmatia non douteuse qui a été cause de la mort. Ne pourrait-on admettre que le gonflement du membre inférieur droit était complètement indépendant de cette phlegmatia et qu'il était dû à quelque cause autre, à l'albuminurie surtout ? Evidemment, c'est cette autre cause, quelle qu'elle soit, qui a masqué la phlegmatia alba dolens en surajoutant un œdème simple à celui qui est propre à la maladie qui nous occupe.

Observation N° 8.

(BRINDEAU. — *In* Obstétrique, 1900.)

La nommée S..., âgée de 33 ans, se présenta à l'Hôpital de la Charité le 11 septembre 1899, envoyée par une sage-femme de la ville, parce qu'elle souffrait de la jambe gauche. Elle en est à sa troisième grossesse. Les deux autres se sont terminées normalement par la naissance d'enfants vivants. Elle n'a jamais eu de phlébite lors de ses autres accouchements. Ses dernières règles datant du mois de janvier, elle serait enceinte de 8 mois environ. Cette grossesse paraissait devoir se passer normalement lorsque, vers le commencement du 8^e mois, la femme ressentit quelques vagues malaises. C'était d'abord de la céphalalgie, puis des étourdissements se produisant surtout le matin au réveil.

Peu à peu, ces troubles augmentèrent ; il survint quelques vomissements et de la constipation, en même temps que la jambe gauche devenait douloureuse. Quelques jours après, elle remarqua que cette jambe enflait d'une façon très marquée, ce qui la décida à appeler sa sage-femme. Après un examen rapide, celle-ci nous l'envoya. A son arrivée dans le service, nous constatons que la malade paraît profondément atteinte. Le facies est pâle, un peu cireux, les traits sont tirés, les yeux bouffis. Il existe de l'œdème généralisé, accusé surtout au niveau des membres inférieurs et de la moitié inférieure de la paroi abdominale. Le membre gauche est très augmenté de volume. Il a l'aspect d'un gros cylindre, les saillies normales

ayant complètement disparu. La peau est lisse, brillante, pâle, distendue par la sérosité. L'œdème est assez dur, élastique, gardant difficilement l'empreinte du doigt. L'impotence fonctionnelle est presque complète, la malade pouvant à peine élever le talon au-dessus du plan du lit. Tous les mouvements sont, du reste, douloureux. Au palper, on sent assez facilement un gros cordon douloureux sur le trajet de la veine fémorale. Le membre droit présente un œdème léger et des varices très marquées. L'abdomen est développé comme celui d'une femme enceinte de 9 mois environ ; la paroi abdominale est infiltrée de sérosité. L'utérus, volumineux, contient un fœtus mobile qui a une tendance à se présenter par le sommet. Il existe une quantité exagérée de liquide amniotique. Les urines, examinées, contiennent de 3 à 4 grammes d'albumine par litre. La température est normale. Les autres organes ne présentent rien de particulier. La malade est placée dans le repos le plus absolu ; le membre gauche étant immobilisé dans une gouttière, le talon légèrement surélevé. Régime lacté absolu. Sous l'influence de ce traitement les douleurs disparurent, mais l'œdème resta toujours très prononcé. L'albuminurie diminua légèrement, si bien qu'au bout de 4 ou 5 jours le tube d'Esbach ne marquait plus que 2 grammes.

Le 18 septembre, à 10 heures du matin, survinrent les premières douleurs. La dilatation progressa rapidement et, à 3 heures du soir, la femme accouchait d'un enfant vivant pesant 2.900 grammes. La période d'expulsion dura un quart d'heure à peine. La jambe malade n'opposa qu'une gêne médiocre au moment du dégagement, car on put l'écarter légèrement du plan médian, tandis que l'autre jambe était fortement fléchie et portée en dehors. Le fœtus était bien développé, le placenta normal, sans contenir de foyers hémorragiques. Les suites de couches furent normales au point de vue des organes génitaux. Cependant, comme la femme avait beaucoup de lait, on mit l'enfant au sein. Le 10^e jour, il survint un frisson s'accompagnant d'élévation de température à 40°. Cette fièvre a été due, à n'en pas douter, à de la lymphangite du sein. Du reste, le lendemain, la fièvre était revenue à la normale.

Il était intéressant de noter ce qui se passerait du côté de

la phlébite et je me demandais s'il n'allait pas se produire une poussée nouvelle. Mes craintes ne furent pas justifiées.

En effet, l'influence de l'accouchement a paru plutôt avoir été heureuse, le membre a diminué rapidement de volume, si bien que, trois semaines après sa délivrance, l'œdème ne siégeait plus qu'au niveau de la jambe. L'albuminurie, quoique moins intense, fut cependant tenace, et le 20 octobre, à la suite d'un écart de régime, elle augmenta rapidement pour disparaître enfin après la reprise du régime lacté.

A partir du 15 octobre, c'est-à-dire un mois après l'accouchement, je fis pratiquer des massages journaliers du membre malade, et quand la femme sortit de l'hôpital, le 2 novembre, elle pouvait marcher à peu près seule. Revue cinq mois après, elle était dans un état de santé excellent. L'albuminurie avait complètement disparu et elle avait engraisé de 10 kilos.

Observation N° 9.

(SAINT-ANGE. — In *Archives médicales de Toulouse*, 1896.)

M^{me} B..., 24 ans ; tempérament un peu lymphatique ; bonne santé habituelle ; menstruation très régulière ; pas de maladie antérieure.

Les règles ont manqué pour la première fois le 6 novembre 1895.

Le 10 décembre, M^{me} B... se plaint de douleurs vives sur le trajet du nerf sciatique du côté gauche, particulièrement derrière le grand trochanter et le long de la jambe (points péronier et molléolaire) ; ces douleurs persistent cinq jours, puis disparaissent.

Le 19 décembre, douleur vive dans la région inguinale du même côté ; elle s'exagère pendant la nuit au point que la malade, ayant dû se lever, ne peut remonter dans son lit ; elle persiste toute la journée du 20, sans modification.

Le 21 décembre, le pied présente un œdème assez accusé ; le mollet devient très douloureux et, dans la journée, l'œdème envahit la jambe, puis la cuisse. Le soir, tout le membre est considérablement tuméfié ; il existe de la douleur, à la pres-

sion, à la région inguinale et au mollet ; la peau est peu sensible ; légère chaleur à la palpation. Il n'existe pas de fièvre ; la température générale, le pouls restent normaux.

La malade se plaint d'un symptôme pénible : elle ne peut pas uriner ; toute la journée s'est passée sans émission d'urine ; le cathétérisme est pratiqué et ramène un litre d'urine.

A 7 heures du soir, la malade est prise subitement de douleurs extrêmement violentes dans les reins (sensation de morsure) et dans les flancs ; ces douleurs n'ont pas le caractère de douleurs utérines et la malade ne les définit pas très nettement : elles arrêtent, dit-elle, la respiration. Il n'y a ni ballonnement du ventre ni vomissements. Pas de fièvre. La nuit est très agitée, insomnie absolue. La rétention d'urine persiste. Constipation marquée.

Le 2 décembre, au matin, la malade est toujours dans un état très pénible ; elle se plaint continuellement. Nous ne trouvons ni fièvre, ni météorisme ; le ventre n'est même pas sensible à la pression. La rétention d'urine persiste. L'œdème du membre a augmenté depuis la veille, mais les douleurs sont presque nulles. Injection de morphine.

Le soir, même état. Nous faisons une nouvelle injection de morphine.

La nuit est mauvaise, bien que la morphine ait paru amener un peu de détente dans les phénomènes douloureux.

Le 23 décembre, MM. Garipuy et Secheyron examinent avec nous la malade. Le toucher fait constater un peu de sensibilité du côté gauche de l'utérus ; cet organe paraît légèrement congestionné, la question de grossesse est réservée ; dans le cas de l'affirmative, l'avortement semble probable. On décide de continuer l'emploi de la morphine et d'appliquer des ovules à l'ichtyol et à la belladone.

La journée est un peu moins agitée : la malade se plaint surtout de vomissements qui paraissent occasionnés par la morphine. Nous continuons néanmoins les injections, et nous conseillons le champagne et la glace.

Le 24 décembre, la nuit a été meilleure ; la journée est assez calme. Mais, à cinq heures du soir, les douleurs lombaires et abdominales reprennent avec le même caractère et ne cessent que vers 4 heures du matin.

Les jours suivants, jusqu'au 27 décembre, le même fait se reproduit ; à une journée calme succède, le soir, une crise de douleur qui se prolonge jusqu'au matin.

La rétention d'urine est continue : par intervalles, les besoins se succèdent très fréquemment. En introduisant la sonde, on est parfois arrêté par un spasme violent du méat ; le passage de l'instrument est douloureux et, une fois arrivé dans la vessie, il est parfois repoussé avec violence en même temps que l'urine qui est projetée à une assez grande distance. Les urines ne présentent d'ailleurs aucune altération. La constipation est des plus opiniâtres : lavements, les grands lavages intestinaux, les purgatifs, restent plusieurs jours sans résultat.

Du 27 au 30 décembre, les crises cessent complètement. Mais, le 30 décembre, une nouvelle crise se produit sans cause appréciable au milieu de la nuit et nécessite une injection de morphine. Le 31 décembre, les choses se passent de même. Puis les douleurs disparaissent définitivement.

La rétention d'urine persiste, mais avec des rémittences irrégulières, pendant une quinzaine de jours. Nous devons signaler à cette période quelques troubles digestifs qui paraissent cette fois devoir être attribués à la grossesse qui continue son cours.

La phlegmatia, qui a tenu une place assez effacée au milieu de ces troubles variés, reste stationnaire. Pendant un jour ou deux elle paraît devoir s'étendre. Nous constatons, en effet, de l'œdème des grandes lèvres et de la fesse ; mais ce fait est de courte durée et nous n'avons pas à signaler, malgré nos appréhensions, l'extension au membre droit.

Au commencement de février, l'œdème qui, jusque-là, était resté considérable, diminue un peu à la cuisse ; la gouttière des adducteurs devient apparente ; les saillies du genou se dégagent ; toutefois, cette amélioration est encore peu marquée : le pied et la jambe conservent leur volume. La malade se lève le 20 février ; mais elle ne peut s'appuyer sur le membre malade qui est lourd et comme paralysé.

Aujourd'hui (10 mars), l'état du membre n'a pas beaucoup changé et nous ne pouvons compter que sur des progrès fort lents. La grossesse suit son cours normal qui, tout nous fait l'espérer, ne sera plus troublé.

L'auteur ajoute : Notre espoir ne s'est pas réalisé : la malade a expulsé le 7 avril (5^e mois) un fœtus dont la mort paraissait remonter à quelques jours. Les suites ont été absolument normales.

Observation N° 10. (Maternité.)

(Communiquée par M. le Professeur agrégé ANDÉRODIAS
et M. M. MONOD.)

Thérèse E..., 25 ans, couturière.

Antécédents personnels. — Rougeole, coqueluche dans l'enfance; a été élevée à la campagne dans le pays basque et y a vécu jusqu'à 17 ans ; santé excellente jusque-là. Arrivée à Bordeaux en février 1914. Le séjour dans cette ville ne lui est pas favorable ; elle perd ses belles couleurs et tousse constamment l'hiver. Elle ne crache pas ; jamais d'hémoptysie.

La malade n'a jamais présenté de varices. Elle signale que l'hiver elle ne parvient que très difficilement à réchauffer ses pieds toujours froids.

Règles normales comme quantité et date. Ne perd jamais entre les règles. Pas de pertes blanches.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 56 ans, vraisemblablement d'un néoplasme gastrique et de tuberculose. Mère vivante et bien portante.

Maladie actuelle. — Primipare. La malade a eu ses dernières règles du 28 janvier au 3 février, semblables aux précédentes en quantité, mais un peu plus longues. Depuis, aucune perte sanguine, mais pendant les premiers mois, pertes un peu jaunes sans brûlure à la miction. Au début de juin, la malade sent remuer.

Quelques vomissements au début. Périodes de constipation irrégulières. Souvent, la malade n'allait à la selle que tous les deux ou trois jours. La constipation n'a pas été plus marquée ces derniers temps qu'au début de la grossesse. La malade travaillait toujours assise ; c'était, à ce qu'elle dit, peu fatigant. Aussi a-t-elle continué son travail étant enceinte.

Vers le début d'août, la malade s'aperçut que ses chevilles enflaient le soir, ce qui la gênait pour la marche ; le repos de la nuit faisait disparaître cette enflure qui réapparaissait le soir. Les deux jambes étaient également enflées. Elle alla voir un médecin qui demanda une analyse d'urine ; on ne trouva pas d'albumine. Il pensa au diagnostic de phlébite et l'élimina.

Vers le 15 août, l'enflure disparut avec simplement du repos. La malade alla à Arcachon où elle se baigna et rentra le 20.

Les jambes étaient normales. Pendant toute cette période, la malade croit ne pas avoir eu de fièvre. Au bout de 2 à 3 jours l'enflure réapparaît. La malade, gênée, se met sur une chaise-longue sans aller à son travail. L'œdème disparaît complètement ; pas de constipation plus nette, pas de sensation de fièvre.

Vers le 1^{er} septembre, elle s'aperçoit un jour, vers midi, que sa cheville gauche enfle. Rien du côté de la jambe droite. Le repos de la nuit produisit d'abord son effet habituel. L'œdème disparaissait puis, petit à petit, il se fit plus considérable.

Le 8 septembre, elle éprouve une douleur dans l'aîne gauche et se met au lit, mais sans ressentir de malaise général. L'appétit est conservé.

Le 9 septembre, la douleur devient beaucoup plus vive, empêchant la malade de dormir. Quand elle se lève pour aller à selle, elle constate qu'elle ne peut pas se baisser.

Le 10 septembre, la cuisse et le genou prennent un volume considérable. En même temps, l'état général est profondément troublé ; la malade se sent fébrile ; les urines sont rares. Depuis le 9 septembre au matin elle n'a pas eu de selle. Elle fait alors appeler un médecin qui l'envoie à la Maternité le 12 septembre.

A son arrivée, la malade a l'air gravement atteinte. Les yeux sont brillants, la peau est pâle et jaune, le facies amaigri, les traits tirés. La malade semble profondément intoxiquée. La température est 37°, le pouls 120.

L'examen montre les signes d'une phlegmatia alba dolens typique du côté gauche. Le membre inférieur tout entier est cylindrique, tous les méplats sont effacés par un œdème blanc, dur, sur lequel on ne détermine pas de godets. On ne sent pas de cordon veineux induré. La palpation du genou montre un

choc rotulien net. Le membre inférieur droit est indemne. La douleur vive éprouvée par la malade au niveau de la cuisse disparaît dès la mise du membre en gouttière. Mais il s'établit une douleur lombaire suffisamment intense pour empêcher la malade de dormir (due sans doute au décubitus).

L'examen de l'abdomen montre les signes d'une grossesse normale d'environ 7 mois. L'enfant est vivant ; on perçoit nettement les bruits du cœur. La tête n'est pas engagée.

A l'auscultation du cœur le second bruit apparaît comme très claqué au foyer aortique. Au Pachon, on trouve :

Maxima : 15 1/2 ; minima : 9 ; indice : 2 1/2.

Du côté des poumons, on ne trouve rien en avant. En arrière, rien d'anormal.

Les urines, assez abondantes (de 1.500 à 2.000 en moyenne), sont troubles. Examinées à différentes reprises, elles présentent une faible quantité d'albumine (de 0,10 à 0,25), germes du type colibacille. Nombreuses colonies staphylococciques. On met la malade à un régime lactovégétarien, déchloruré. Urotropine par voie buccale et intraveineuse.

Pendant l'évolution de sa phlébite, la malade a des crises extrêmement douloureuses siégeant au niveau de la région lombaire gauche et au niveau de l'aîne gauche. Dans cette région, la peau est tendue, très luisante ; on note une circulation collatérale importante.

Progressivement, l'œdème du membre inférieur diminue. Les phénomènes douloureux s'apaisent. La température demeure aux environs de 36°5. Le pouls entre 80 et 90.

On enlève la gouttière le 22 octobre 1922. On laisse encore le membre inférieur immobilisé entre deux coussins pendant une dizaine de jours, puis on commence très doucement le massage et la mobilisation.

Accouchement. — Début du travail le 13 novembre, à 18 heures. Rupture des membranes spontanée à la dilatation petite palmaire.

Expulsion, le 14 novembre, à 8 heures 45, d'un enfant de 3.550 grammes. Placenta 520 grammes.

Mensuration des membranes :

Grande.....	35 centimètres
Petite.....	4 centimètres

Observation N° 11

(Communiquée par M. le Professeur agrégé ANDÉRODIAS.)

M^{me} L..., Il pare, 32 ans.

Accouchement normal il y a 6 ans.

D. R. 14 au 16 juin. Au début d'août, elle vient se faire examiner : tout est normal.

Fin août, elle souffre de la jambe; un léger œdème se forme; la température est à 38°. Un médecin appelé fait le diagnostic de rhumatisme.

Comme la sensation de lourdeur est de plus en plus pénible et qu'il n'y a pas d'amélioration, la malade fait appeler le Professeur Andérodias qui constate des signes nets de phlébite. (Courbe thermique habituelle, pouls élevé, œdème, circulation collatérale.)

La malade est immobilisée. Pendant cette immobilisation, on observe de la constipation ; en même temps la malade a des crises anales rapportées à des hémorroïdes internes.

Levée trois semaines après la dernière poussée de température ; actuellement la malade va bien.

M. le Professeur Andérodias nous a encore signalé le cas d'une primipare chez laquelle il a constaté des signes nets de phlébite double au 5^e mois de la grossesse. La malade guérit sans aucune complication ni du côté de la phlébite, ni du côté de la grossesse.

M. le Professeur agrégé Faugère nous a également parlé d'une malade qu'il eut l'occasion de voir et qui fit, vers le 5^e mois de sa grossesse, une phlébite qui guérit sans aucune complication. L'accouchement se fit à terme et, après l'accouchement, la malade présenta une deuxième phlébite en tous points comparable à la première.

Observation N° 12. (ANDÉRODIAS, BOLOQUY.)

M^{me} M..., 22 ans, employée au collage de carton pour photographie.

Très bon état général, n'a jamais eu de grossesse.

Vers le 1^{er} mai 1922, troubles digestifs, début de grossesse, albumine 0,08, douleurs vives aux reins, alitement.

Fin mai, va bien, n'a plus d'albumine, mange bien. Reprend son travail.

2 juin. — Trois jours après, douleur et gonflement du membre inférieur gauche tout entier : phlébite, cordon veineux induré et douloureux au mollet et particulièrement à la cuisse jusqu'à l'aîne. Alitement, application de pointes de feu sur le trajet veineux douloureux.

4 juin. — Mieux à gauche, pas d'albumine, début de phlébite à droite. (Ne prévient que le 6 juin.)

6 juin. — Pointes de feu à droite ; le côté gauche moins douloureux ; à droite, grandes douleurs nécessitant une injection de morphine.

8 juin. — Le côté gauche n'est plus œdématié ; pointes de feu sur la veine encore douloureuse à la palpation et perceptible au toucher. La malade souffre moins à droite.

9 juin. — Reprise des douleurs à droite, injection de pantopon.

11 juin. — Reprise des douleurs à droite, injection de pantopon.

12 juin. — Pointes de feu à droite.

13 juin. — Injection de sédol.

17 juin. — Pointes de feu à droite.

23 juin. — Pointes de feu à droite.

2 juillet. — Levée une heure, peu de douleurs, un peu d'enflure se reproduit. Toujours pas d'albumine, bon état général. Elle sort dix jours après, traîne un peu la jambe droite. Bande de crêpe Velpeau. Marche bien 15 jours après.

4 octobre. — Phlébite partie supérieure du mollet gauche. Peu d'enflure, alitement, pointes de feu.

12 octobre. — Pointes de feu.

17 octobre. — La malade est mieux.

21 octobre. — La malade se lève et va bien.

Fin octobre, la malade quitta Bordeaux pour Paris sans laisser d'adresse.

Observation N° 13. (Professeur agrégé PÉRY.)

M^{me} D..., 30 ans, III pare.

Pas d'antécédents particuliers. Deux accouchements antérieurs à terme, normaux.

3^e grossesse. — Rien à signaler durant les 6 premiers mois. Au 7^e mois, crise de constipation de moyenne intensité cédant à une purgation. Quelques jours après, douleurs dans le mollet gauche sans élévation de température appréciable, 37°3, 37°4. La cuisse se tuméfie à son tour. En quelques jours grosse phlegmatia qui évolue dans les limites classiques. La malade se lève au bout de six semaines ; la grossesse suit son cours normal. Accouchement à terme.

Vers le 10^e jour de suites de couches, vague douleur dans le membre gauche sans fièvre. La malade se lève le 20^e jour ; suites normales.

Observation N° 14.

(PERRIN. — *Revue Médicale de l'Est*, 1920.)

X..., fille de 20 ans, ouvrière en chaussures et prostituée clandestine, alcoolique. Hospitalisée une première fois en 1902 pendant 15 jours pour rhumatisme articulaire subaigu. Passe un mois à la maison de convalescence de Rosières. En revient avec céphalées, périostite du frontal gauche, syphilides papuleuses sur le cou ; guérison en trois semaines : huile grise et K I.

Sept mois après, syphilides anales, vaginite blennorragique ; un mois à la maison de secours ; se traite ensuite par des pilules de protoiodure.

Dernières règles le 20 décembre 1903, puis grossesse.

En avril 1904, à la maison de secours, frictions mercurielles et traitement de sa vaginite, guérie à la sortie.

Fin mai, douleurs lombaires violentes, l'obligeant à s'aliter. Au bout de 2 ou 3 jours (début de juin), le membre inférieur gauche enfle en quelques heures. Le 8 juin, ce membre est très augmenté de volume, de couleur rosée, avec circulation collatérale; douleurs spontanées, fémorale perceptible (cordon dur). L'œdème s'étend un peu sur la partie gauche de l'abdomen, sensible à la pression. Température : deux ou trois fois 37°6 ; ordinairement : 36°5 à 37°1. Pouls capricieux, entre 100 et 140 (malade agitée, émotive). Grossesse de cinq mois. Fœtus vivant. Injections d'huile grise et ingestion de K I. Les douleurs s'atténuent, le gonflement persiste.

Le 5 juillet, la malade se sauve de l'hôpital. Le soir, elle est vue à une fête foraine, sur un manège de chevaux de bois. Nouvelles quelques semaines après par une voisine de salle : avait encore de l'enflure, mais pas de douleurs. Avait repris sa vie de prostituée, dès sa sortie, sans aucune complication.

L'auteur publie cette observation sous le titre de phlébite syphilitique.

RÉMY (*Revue médicale de l'Est*, 1919) cite un cas de phlébite légère de la saphène interne au deuxième mois de la grossesse, terminé par la mort brusque, due à une embolie.

Observation N° 15.

(PÉRY. — *Province Médicale*, 15 Septembre 1906.)

Allongement œdémateux du col utérin pendant la grossesse, compliqué de phlébite.

Le 10 octobre 1905 entrant à la Clinique Obstétricale, dans le service de M. le Professeur Lefour, une jeune femme de 23 ans, enceinte pour la première fois. Cette malade, arrivée au huitième mois de sa grossesse, demandait à être hospitalisée parce qu'elle présentait, disait-elle, entre les jambes une

tumeur qui la faisait beaucoup souffrir et la gênait pour marcher.

La grossesse, par ailleurs, n'avait rien présenté de bien particulier, à peine quelques vomissements durant les premiers mois et, depuis quelques jours, un peu de douleur dans les jambes.

Quant à la tumeur dont se plaignait la malade, elle avait fait son apparition vers le septième mois d'une façon assez rapide, à la suite de fatigues excessives. Elle ne se manifestait pas continuellement, mais seulement quand la malade était debout et surtout mettait son corset, disparaissant au contraire d'une façon complète par le repos du lit. Cette tumeur, outre la gêne apportée à la marche par son volume, donnait lieu à des douleurs assez vives et à un suintement muco-purulent mélangé de stries sanglantes ; la malade n'accusait aucun trouble appréciable de la miction, ni de la défécation.

A l'examen il était facile de voir, en effet, faisant entre les grandes lèvres écartées une saillie de la longueur du doigt, une masse cylindrique de la grosseur de deux pouces, dirigée en bas et légèrement en arrière, présentant plusieurs ulcérations saignantes et offrant sur sa partie la plus saillante un orifice perméable au doigt. La couleur en était rouge violacée, la consistance élastique, le contact à peu près indolore. Il était facile d'en faire le tour en introduisant l'index dans le vagin, et l'on constatait ainsi un abaissement notable des culs-de-sac vaginaux. L'ensemble rappelait assez bien un énorme pénis violacé et ulcéré.

L'examen du reste de l'appareil génital montrait tous les signes d'une grossesse arrivée à la fin du huitième mois. Le fond de l'utérus dépassait largement l'ombilic ; le fœtus vivant se présentait par le sommet en O. I. G. T. et, fait particulier, la tête débordait déjà notablement le pubis, fait en rapport avec un rétrécissement marqué du bassin, ainsi que le montra un examen pelvimétrique ultérieurement pratiqué.

En dehors de cela rien de particulier, si ce n'est la présence de varices volumineuses et douloureuses, surtout au niveau de la jambe gauche.

Après avoir aseptisé le mieux possible la tumeur, je me bornai à l'envelopper de gaze stérilisée, comptant le lendemain

la faire photographier. Malheureusement, le lendemain, tout avait disparu sous l'influence du repos et je ne trouvai plus au toucher qu'un col légèrement augmenté de volume : par contre, la douleur avait gagné au niveau de la jambe et, dans les jours suivants, la malade présenta tous les symptômes d'une légère phlegmatia alba dolens, qui la retint au lit trois semaines.

La tumeur ne reparut plus, la grossesse poursuivit son cours, et au début du travail, l'effacement étant complet, M. le Professeur Lefour pratiqua l'opération césarienne suivie, suivant sa méthode ordinaire, de stérilisation par ligature et section des trompes. L'enfant fut nourri par sa mère dans les meilleures conditions et la malade quitta la clinique en parfait état, après avoir cependant présenté une légère phlébite de la jambe droite.

Observation N° 16.

(Résumé de la *Presse Médicale*, 3 Janvier 1923.)

MM. BRINDEAU et DE SOUBRY.

Une femme entre à la Clinique Tarnier au cours du 6^e mois de sa gestation parce qu'elle perdait du sang. A l'examen, à côté d'un utérus gravide, on découvre dans la fosse iliaque droite une tumeur douloureuse. On fait le diagnostic de fibrome. Deux jours après, une phlébite apparaît ; on recule l'intervention. Mais, dans les jours qui suivirent, le fibrome devient volumineux, très douloureux, la fièvre s'installe, l'état général devient mauvais, et il s'écoule par le col utérin un pus fétide. Malgré la phlébite, une laparotomie est pratiquée ; on découvre un fibrome sphacélé accolé à l'utérus ; dans la cavité utérine un placenta décollé en partie et, dans cette zone, un caillot infecté. Hystérectomie. Guérison de la femme.

Observation N° 17.

Clinique d'accouchement de l'Hôpital Tenon.

M. le Docteur BONNAIRE (Résumé), *in* Thèse de CHARPY.

Malade de 33 ans, ménagère, entrée le 20 décembre 1897.

Trois accouchements antérieurs normaux. Quatre fausses couches.

D. R. fin août.

Il y a cinq semaines, début de pertes d'un liquide clair teinté de rouge, durant deux jours en plusieurs fois, coïncidant avec douleurs abdominales et lombaires.

Jusqu'au 14 janvier, pertes quotidiennes, mais légères, de liquide épais, rougeâtre.

17 janvier. — Les jambes sont un peu œdématisées depuis le 14 janvier, jour où elle a pris un bain.

18 janvier. — Un gramme d'iodure de potassium. Douleurs aux membres inférieurs, point douloureux au niveau du canal crural, point péronier, douleur au niveau du creux poplité. La douleur manque au niveau de la cuisse et au mollet. Œdème unilatéral (côté gauche), quelques veines superficielles.

19 janvier. — Depuis hier, pertes plus abondantes. Le membre inférieur gauche est placé dans une gouttière. Deux gr. d'iodure de potassium.

21 janvier. — La malade a perdu du sang en abondance, elle se plaint de douleurs dans le genou gauche. Le membre inférieur de ce côté est toujours dans une gouttière. Quatre grammes d'iodure de potassium.

22 janvier. — Circonférence des membres inférieurs :

A 15 centimètres au-dessus de la rotule :

Membre gauche : 50 centimètres.

Membre droit : 44,5.

A 12 centimètres au-dessus de la rotule :

Membre gauche : 36,75.

Membre droit : 29,5.

23 janvier. — Les membres inférieurs présentent les mêmes dimensions.

25 janvier. — Les pertes de sang continuent. Pas d'élévation notable de la température : 37°4. La malade ne se trouve pas très bien, dort mal, céphalée intense. Douleurs spontanées au niveau du genou et du cou-de-pied, au membre inférieur gauche qui est maintenu enveloppé dans une gouttière.

29 janvier. — La malade ressent des douleurs dans le genou malade.

31 janvier. — La malade ressent des douleurs au niveau du tendon d'Achille et du creux poplité. On sent simplement un cordon veineux au niveau du pli inguinal.

Mensurations du côté malade :

A 15 centimètres au-dessus de la rotule :
52 centimètres.

A 12 centimètres au-dessus de la rotule :
36 centimètres.

8 février. — Pas d'albumine. Nulle élévation de température. L'âge de la grossesse semble être à 5 mois 1/2.

Phlegmatia sans fièvre, analogue à celle des chlorotiques ; céphalalgie depuis 4 ou 5 jours. La malade dit entendre de la musique ; malgré cela le pouls est bon, pas de crises d'étouffement. Numération des globules rouges, 3.900.000. Membre inférieur à 15 centimètres au-dessus de la rotule : 31 centimètres.

9 février. — Mensuration de la jambe droite à la racine de la cuisse : 60 centimètres. La malade accuse une douleur assez vive au niveau de la cuisse et du mollet droits. La pression est douloureuse au niveau du triangle de Scarpa. Œdème péri-malléolaire.

Observation N° 18.

(VALENCY, cité par CHARPY.)

*Phlébite ayant probablement débuté à la fin de la grossesse.
Hémorragies répétées de la grossesse, leucorrhée abondante.*

Le 11 février dernier, j'étais appelé à 7 heures du matin auprès de M^{me} D..., II pare, âgée de 25 ans, qui était en travail

depuis 2 heures du matin. Lorsque j'arrivai, un quart d'heure après, M^{me} D... venait de mettre au monde un enfant vivant de 3.280 grammes. Je pratiquai la section du cordon et fis une toilette aussi minutieuse que possible, suivie d'une injection intra-utérine.

M^{me} D... avait perdu les eaux la veille, à 10 heures du soir, et son médecin ne constatant aucun début de travail avait cru pouvoir lui annoncer que son accouchement se ferait attendre quelques jours encore.

Délivrance naturelle à 8 heures du matin. Rétention d'une portion de caduque qui est éliminée le lendemain. Injection intra-utérine au sublimé.

Le soir même de l'accouchement, la malade se plaint de douleurs à l'aine droite, irradiant à tout le membre inférieur avec points douloureux au creux poplité et au mollet et sensation de tiraillements en ces régions. Comme elle ressentait une douleur analogue, mais moins accusée, du côté gauche, je crus devoir attribuer cet état à la fatigue de l'accouchement.

Le lendemain matin, ma malade me dit qu'il lui était impossible de soulever sa jambe droite et que la flexion déterminait une vive douleur au niveau du mollet, du creux poplité et du pli de l'aine.

Je l'examinai alors et je constatai que le membre inférieur droit était plus volumineux que le gauche et avait une forme cylindro-conique à base supérieure. Le genou était déformé, globuleux ; les méplats et les saillies avaient disparu, et il était facile d'obtenir le choc rotulien. Le membre malade avait une coloration d'un blanc cireux et l'œdème dont il était le siège était douloureux, dur, et conservait mal l'empreinte du doigt.

Les mensurations, prises en des points symétriques, donnaient les chiffres suivants :

	DROIT	GAUCHE
Au niveau du mollet	36	28
» du genou	35	25
» de la cuisse	42	36

Par la palpation, on éveillait de la douleur au niveau du pli de l'aine, de la face interne du genou, du creux poplité et du mollet. Une exploration douce permettait de sentir un cordon

dur et noueux sur le trajet de la fémorale, dans le triangle de Scarpa. Pas de troubles de la sensibilité.

En interrogeant M^{me} D..., j'appris qu'au troisième mois de sa grossesse, elle avait eu une hémorragie abondante accompagnée de contractions douloureuses, qui dura deux jours. Cette hémorragie, probablement due à un décollement du placenta, se reproduisit quatre semaines plus tard, avec les mêmes caractères. Depuis, et jusqu'à la fin de sa grossesse, la malade a eu, journellement et à l'occasion de chaque effort, une toute petite perte de sang.

M^{me} D..., qui en temps ordinaire a des pertes blanches, a vu cette leucorrhée s'exagérer pendant sa grossesse.

Trois semaines avant son accouchement, M^{me} D... a commencé à éprouver de la peine à marcher. Elle avait de la lourdeur dans la jambe droite et le passage du repos à la marche était marqué par de la douleur au niveau du pli de l'aine du côté droit. Déjà à ce moment, elle aurait eu un peu d'œdème dans le membre inférieur droit. Huit jours après le début de ces accidents, l'analyse des urines décèle pendant deux jours un léger louche que des examens ultérieurs n'ont plus permis de retrouver.

Sauf au quatrième jour de l'accouchement, M^{me} D... n'a jamais eu d'élévation de température. Dans la nuit du 15 au 16 février, elle a eu un léger frisson, et le thermomètre monte à 37°9. Cet état fébrile me paraît devoir être attribué à une légère lymphangite du sein, qui, d'ailleurs, disparut dès le lendemain. A part cet incident, la température n'a jamais dépassé 36°8 et l'état général est toujours demeuré excellent.

Aujourd'hui (31 mars) les douleurs ont complètement cessé, l'œdème a disparu et les mouvements commencent à revenir. Seule l'hydarthrose persiste encore.

Observation N° 19.

(Communiquée par M. le Professeur Rivière.)

Phlébite au 7^e mois de la grossesse.

M^{me} D..., 24 ans, de bonne santé habituelle, a une première grossesse en 1920, terminée en mai par un accouchement et des suites de couches normales.

Deuxième grossesse à début en décembre 1921. Grossesse normale tout d'abord, simplement compliquée en fin mai 1922 par une légère atteinte de grippe avec fièvre, un peu de toux, mais sans aucune complication.

La santé étant redevenue très bonne, au septième mois de la grossesse, M^{me} D... éprouve brusquement un peu de douleur dans la cuisse et la jambe gauches, et voit le membre inférieur s'œdématiser rapidement. Appelée le lendemain dans l'après-midi, je trouve la malade debout, mais marchant avec peine, accusant la même douleur et en plus une certaine sensation douloureuse dans la partie inférieure gauche de l'abdomen. A l'examen, la palpation fait constater au niveau de l'abdomen et sur la partie latérale gauche de l'utérus, suivant une ligne très limitée en largeur, mais sur une longueur de 10 centimètres environ, correspondant au bord gauche de l'organe, une sensibilité très vive ; au niveau du pli de l'aîne, même sensibilité, paraissant se continuer avec la précédente, mais ne descendant que de quelques centimètres sur le trajet fémoral. Le membre inférieur tout entier est gonflé, tendu, sensible, et l'œdème est très net dans toute la hauteur. Au toucher, on trouve la paroi latérale gauche du vagin traversée par un cordon induré allant se perdre dans le cul-de-sac latéral gauche, cordon roulant légèrement sous le doigt, douloureux à la pression et semblant bien être un vaisseau vaginal oblitéré par de la phlébite.

L'examen de l'utérus ne révèle rien d'anormal. Le fœtus est développé comme il convient à 7 mois, mais demeure très mobile dans une cavité un peu hydramiotique. Le col est souple, légèrement béant, mais on ne trouve pas trace du placenta au voisinage du segment inférieur. Toutefois, au niveau de l'orifice interne, la paroi de l'œuf est quelque peu inégale, comme semée de granulations en relief, qui font penser que le placenta ne doit pas être très éloigné de cet orifice.

En tous cas, si l'on peut d'ores et déjà établir sans conteste le diagnostic de phlébite et de phlébite interne avec propagation dans la veine vaginale, on ne peut nettement poser celui de placenta praevia qu'il est seulement possible de soupçonner.

Mais pourquoi cette phlébite ? Deux hypothèses seulement sont possibles. Phlébite utérine directe par infection du placenta vicieusement inséré. Mais s'il est vrai que cette insertion s'est ultérieurement confirmée par hémorragie spontanée vers fin août et au moment de l'accouchement, aucun incident au moment du début de la phlébite ne s'était produit du côté de l'œuf, aucun décollement placentaire, et comme par ailleurs il n'y avait pas de vaginite particulièrement septique, il est difficile d'admettre une infection par ce mécanisme. L'autre hypothèse, c'est la phlébite grippale, fixée sur l'utérus, mais témoignage d'une infection générale. Or, on n'ignore pas la puissance infectante de la grippe et la variété infinie de fixations qu'elle entraîne. Et si l'on veut bien considérer d'autre part la multiplicité des accidents septiques qui évoluèrent ultérieurement, il semble bien que l'hypothèse de phlébite grippale est celle qui satisfait le mieux l'esprit.

Le traitement institué fut classique : repos absolu au lit, immobilisation du membre inférieur gauche dans une gouttière, surveillance de l'état général et des diverses fonctions. Il est caractéristique aussi que depuis le début des accidents jusqu'à l'accouchement, le 17 septembre, la température resta toujours à peu près normale, autour de 37°, qui fut rarement dépassé de 2 ou 3 dixièmes. Par contre le pouls, installé dès le début à 110, ne cessa d'osciller tout le temps de 110 à 120.

La phlébite, après avoir gagné tout le membre inférieur, s'atténua progressivement, la douleur disparut aussi bien le long du flanc utérin qu'au pli de l'aîne, sur le membre inférieur et même en grande partie dans le vagin et, le 9 septembre, on put lever la malade et lui supprimer la gouttière. De légers massages furent pratiqués, la mobilisation des articulations assurée et la grossesse semblait reprendre un cours normal lorsque, dans la nuit du 24 au 25 août, survint une première hémorragie pas très abondante, spontanément arrêtée au moment où nous arrivâmes auprès de la malade. Au toucher, le col, devenu très perméable, permettait d'accéder, du côté droit, sur un cotylédon placentaire aminci, décollé. Dans la nuit du 29 au 30, seconde hémorragie semblable. Le pouls, qui était tombé tout d'abord autour de 90, revenait à 110, mais la température demeurait normale; troisième hémor-

ragie un peu plus abondante dans la nuit du 12 au 13 septembre ; enfin, le 17 septembre, dans la journée, le travail commence par des contractions régulières, s'accompagne tout de suite d'une nouvelle perte sanguine qui cesse bientôt d'elle-même. Mais, vers 22 heures, une hémorragie sérieuse se produit et l'état général, déjà quelque peu anémié par le long séjour au lit et par les hémorragies précédentes, devenait précaire. Je n'hésite pas, quoique la dilatation soit à peine de 5 francs, à rompre largement les membranes.

A ce moment, le fœtus, en présentation de la tête, demeurait très mobile au-dessus du détroit supérieur et n'avait aucune tendance à s'engager. Les bruits du cœur devenaient par contre irréguliers et sourds. Bien que la malade fut très affaiblie et en ayant soin dès ce moment de lui faire une injection de sérum, de spartéine, d'huile camphrée, je la mis sous chloroforme léger et procédai à la dilatation manuelle du col. Cette dilatation fut assez facile et rapide, mais la tête restait hautement retenue dans l'utérus et toujours très mobile. Les bruits du cœur avaient cessé de se faire entendre ; je tentai néanmoins une application de forceps. La tête, fuyante et mal fléchie, et insuffisamment saisie, je n'obtins aucun résultat. Et comme l'enfant semblait bien mort (nous en eûmes ensuite l'explication prévue du reste dès ce moment), comme d'autre part je redoutais fort des manœuvres difficiles d'extraction sur cet utérus et ce vagin phlébitique, je procédai à une basiotripsie. J'eus soin de faire évoluer la tête de façon à ce que la partie écrasée par l'instrument fut orientée le long de la paroi gauche utéro-vaginale et je pus extraire sans difficulté un fœtus de 3.200 grammes environ, ayant trois circulaires serrés du cordon autour du cou, circulaires suffisant à expliquer et la mobilité de la tête et la mort du fœtus.

Quoiqu'il en soit, dès le fœtus extrait, une forte hémorragie se produisit à nouveau, l'état général était mauvais, je me hâtai de faire une délivrance artificielle qui ramena un placenta extrêmement aminci dans son ensemble, comme formé de nombreux îlots presque séparés les uns des autres, en grande partie dégénérés. Les injections de sérum et d'huile camphrée, la respiration artificielle, les excitants, ranimèrent peu à peu la malade dont l'état grave semblait dû et à l'impor-

tance des pertes sanguines successives et aussi au choc obstétrical subi par elle dans cette longue nuit.

Au lever du jour, l'état général s'améliora brusquement, le pouls reprit de la fermeté et de la régularité, les traits se colorèrent quelque peu ; tout danger semblait donc écarté et, lorsque nous la laissâmes, à 8 heures du matin, son état était aussi satisfaisant que possible.

Pendant l'évolution de cette fin de grossesse, la constipation avait toujours été rebelle, mais les reins avaient bien fonctionné. Or, dès le deuxième jour de l'accouchement, sans qu'aucun phénomène ne se manifestât du côté génital : odeur des lochies, douleurs abdominales à la pression, la température commence à s'élever, les urines deviennent purulentes, le rein droit, c'est-à-dire le rein du côté opposé à la phlébite utérine de la grossesse, devient gros, et il semble qu'il y a nettement de la pyélonéphrite et aussi de la périnéphrite. L'urotropine *per os*, l'urotropine en injections sous-cutanées, l'eau absolue, deux purgations font disparaître les phénomènes rénaux, mais l'empatement très nettement périnéal tout d'abord gagne très rapidement le flanc droit tout entier, engaine le colon et une péri-typhlite aiguë, faisant monter la température à 39°, paraît rendre une intervention chirurgicale imminente ; de la glace en permanence, une cuillerée à café d'huile de ricin chaque matin font céder les accidents ; la température revient à la normale, l'empatement disparaît peu à peu et, le 30 septembre, l'état est aussi bon que possible et tout semble terminé ; du côté génital aucun accident, mais simplement un écoulement lochial d'aspect purulent, mais sans odeur, tout à fait les lochies laiteuses des anciens, mais le soir du 1^{er} octobre, la malade accuse un peu d'anhélation, se plaint d'un léger point de côté sous l'omoplate droite avec une température de 38° et un pouls de 90. On trouve à l'auscultation un léger souffle avec égophonie du frottement pleural très net ; aucun râle d'aucune sorte, mais à la percussion une submatité très appréciable dans le tiers inférieur du thorax. Tout faisait craindre une fixation fâcheuse du côté de la plèvre sous forme de pleurésie purulente, mais sous l'action de révulsifs répétés, d'injections sous-cutanées d'électrargol, les accidents cédèrent encore assez vite et sans laisser de reliquat appréciable. La tempé-

rature redevenait normale le 8 octobre et tout paraissait rentrer enfin dans l'ordre.

Et, cependant, le pouls et la température se relevaient une fois de plus le 11 octobre, une douleur se précisait dans la jambe droite, l'œdème se prononçait, une phlébite s'installait dans tout le membre inférieur obligeant encore à mettre la jambe en gouttière et à immobiliser la malade pendant près d'un mois.

Dernier incident du reste de cette longue infection qui, toutefois, paraît vouloir se réveiller encore vers le 18 novembre, nous obligeant à employer des injections d'électrargol.

La guérison est aujourd'hui définitive et ne laisse du côté d'aucun organe nulle séquelle ; la santé est aussi parfaite que possible.

Revenant maintenant sur cette longue évolution septique et cherchant à déterminer la pathogénie des accidents successifs, il nous paraît difficile encore une fois de les rattacher comme origine au système génital.

La phlébite, en effet, a constitué nettement le premier phénomène pathologique de cette longue série et, malgré les difficultés et les complications de l'accouchement, c'est de tous les systèmes de l'économie ce système génital qui a le moins manifesté l'infection de l'organisme. Par contre, si nous acceptons comme cause initiale de tous les accidents la grippe du mois de mars, grippe qui avait atteint du reste au même moment d'autres membres de la famille, nous nous expliquerons beaucoup mieux la série presque continue des accidents successifs ayant atteint le côté gauche de l'utérus tout d'abord, puis avec une constipation opiniâtre le rein droit, le gros intestin autour du cœcum, la plèvre droite et enfin le membre inférieur droit et tout cela sans la moindre fixation du côté de l'utérus et de ses annexes après un accouchement cependant des plus difficiles ayant nécessité des interventions multiples : dilatation manuelle du col, application de forceps, basiotripsie, délivrance artificielle, tandis que nous savons fort bien combien est protéiforme l'infection grippale et que, en dehors de la gravidité, elle se plaît à varier à l'infini les formes suivant lesquelles elle atteint l'individu.

Description clinique.

Les phlébites au cours de la grossesse évoluent comme nous le montrent la plupart de ces observations sans présenter rien de particulier au point de vue clinique. Généralement, c'est l'aspect classique de la phlegmatia alba dolens qui est réalisée. On est en présence d'un membre inférieur très augmenté de volume, cylindrique, l'œdème blafard commence très haut, au pli de l'aîne. Suivant les cas, on sent ou on ne sent pas un cordon veineux induré dans le triangle de Scarpa. Et même, dans l'observation rapportée par M. le Professeur Maurice Rivière, on put sentir des cordons indurés sur les parois latérales du vagin. L'hydarthrose du genou paraît être la règle.

Quelques points spéciaux sont à relever. Il paraît fréquent de trouver quelques signes du côté du petit bassin traduisant la thrombo-phlébite péri-utérine originelle. C'est tantôt de la sensibilité sur les bords de l'utérus, tantôt des signes d'irritation vésicale, parfois des crises anales, quelquefois même le toucher ou la palpation bimanuelle a pu déceler de l'empâtement dans les culs-de-sac vaginaux. L'observation relatée par Saint-Ange est fort intéressante à ce point de vue. Les phénomènes pelviens présentés par sa malade furent si violents qu'il y eut un syndrome péritonéal léger et que l'on crut au début à une péritonite.

Charpy, dans sa thèse, croit remarquer que les phlébites au cours de la grossesse ont une évolution plus bénigne que les autres. En particulier, la douleur et la température

seraient moins marquées. Cette opinion ne nous paraît pas être confirmée par les différentes observations que nous avons pu recueillir. Un point, par contre, est peut-être digne d'être noté : certaines de nos observations rapportent que dans les jours qui ont précédé l'éclosion de la phlébite, les malades ont présenté un œdème malléolaire tantôt unilatéral, tantôt bilatéral. Il nous paraît assez difficile de résoudre le problème posé par ces œdèmes qui peuvent être causés, en effet, soit par un état variqueux accentué, et la compression veineuse exercée par l'utérus gravide, soit à une néphrite légère chez une malade présentant de l'albuminurie, soit enfin à un léger degré d'infection.

Aucune de nos observations ne marque si le signe de Mahler a pu être constaté.

Évolution.

L'évolution est variable. Dans les cas les plus heureux, au bout d'un temps plus ou moins long, tout rentre insensiblement dans l'ordre, la grossesse poursuit son cours et l'accouchement se fait au terme normal.

L'évolution n'est pas toujours aussi bénigne et les complications arrivent avec une fréquence particulière.

1°) Embolie. — Comme dans toute phlébite, l'embolie est une complication particulièrement redoutable, parfois même c'est le premier signe en date. Il semble que cette éventualité soit à redouter surtout quand la malade accouche en pleine période d'état. Dans deux de nos observations, pourtant, la malade put mener à bien un accouchement dans ces conditions, la jambe saine étant écartée au maximum.

2°) Effet sur l'accouchement. — Tantôt la grossesse va jusqu'à son terme, et tantôt il se produit soit un avortement soit un accouchement prématuré. Il est assez malaisé de préciser les éléments qui pourront faire prévoir l'une ou l'autre éventualité. L'âge de la grossesse doit avoir de l'importance, mais il est impossible de dire laquelle. Sans doute aussi le point de départ de l'infection. Il est logique d'admettre qu'une phlébite à point de départ génital doit être particulièrement grave à ce point de vue.

Une thérapeutique correcte, enfin, doit prévenir bien des accidents.

Quand la grossesse suspend son cours, c'est tantôt sous

l'influence de la phlébite même, tantôt sous l'influence d'une embolie. L'accouchement prématuré paraît être alors déclenché par l'agonie. Nous n'avons aucune observation d'enfant ayant survécu après la mort de sa mère, nous n'avons également aucune observation d'enfant mort *in utero*.

3°) Effet sur les suites de couches. — Logiquement, une parturiente accouchant en étant atteinte de phlébite est particulièrement exposée à l'infection. Brindeau avait signalé la possibilité du fait, et une des observations citées par Charpy paraît bien démonstrative à ce sujet. Il s'agit de cette femme qui présenta avant son accouchement de la douleur sur les côtés de l'utérus et qui fit le soir même de ses couches une phlébite. Nous ne connaissons pas de cas où une infection puerpérale typique ait succédé à une phlébite, mais les faits cités dans cette observation paraissent en être une esquisse.

Diagnostic.

Dans la majorité des cas, il n'a offert aucune difficulté, sauf dans le cas de Saint-Ange où l'on crut d'abord à une péritonite. Une observation de Rémy que nous avons pu nous procurer parle pourtant d'une erreur de diagnostic possible, nous ne savons laquelle. M. le Professeur Andérodias nous en a signalé une. On avait d'abord songé à du rhumatisme articulaire aigu. Il est permis enfin de se demander si les phlébites péri-utérines légères n'ont pas pu passer inaperçues faute d'être systématiquement cherchées. Un peu de fièvre, un peu de douleur abdominale, sont des symptômes si peu saillants chez la femme enceinte qu'il ne faudrait pas s'en étonner.

Pronostic.

Le pronostic immédiat est le pronostic habituel des phlébites, mais aggravé par la possibilité d'un avortement ou d'un accouchement prématuré avec tous les risques qu'ils comportent pour la mère (embolie ou infection). Même après le 6^e mois, la vie de l'enfant dans ce cas là paraît fortement compromise, puisqu'il a succombé dans plus d'un quart de nos cas. Enfin, et nous y reviendrons plus tard, même si la phlébite guérit, le pronostic de l'accouchement doit toujours être réservé.

Traitement.

Ce sera le traitement habituel de la phlegmatia avec plus de rigueur peut-être. Il ne paraît pas y avoir d'indications spéciales à ce sujet, sauf en cas de constipation. Il est alors de première importance de rétablir le cours normal des fonctions digestives.

Étiologie et Pathogénie.

Quelle est enfin la cause de ces phlébites ? Un fait tout d'abord, à l'heure qu'il est, semble hors de doute : la nécessité d'une infection. Certains auteurs, comme Keim, ont encore voulu, dans ces dernières années, soutenir l'origine purement mécanique ou toxique de ces phlébites.

« Il est intéressant de rechercher si l'infection seule est la cause de la phlegmatia puerpérale, si même elle est indispensable à sa production, si la phlegmatia ne peut survenir en dehors de la présence primitive d'un germe microbien. Il nous serait ainsi plus aisé d'expliquer sa fréquence en dehors de toute infection génitale existante, de toute élévation de température, de toute intervention, même en dehors de tout examen manuel à une époque souvent éloignée de l'accouchement ».

Il ne semble pas que l'on ait suivi Keim jusqu'au bout dans cette voie. Mais les travaux allemands, et les plus considérables des travaux français : la thèse de Vaney, le rapport de Jeannin, au Congrès de la Société Obstétricale de France d'octobre 1912, accordent une place considérable aux causes d'ordre chimique ou toxique qui, pendant la grossesse, facilitent les thromboses et font ainsi le lit à la phlegmatia.

Le terrain.

Sans parler du rôle du terrain neuro-arthritique et des phlébites héréditaires dont certains auteurs ont sans doute exagéré l'importance, il est à l'heure actuelle démontré

que d'importantes modifications générales (modifications humorales) et locales (état spécial de la zone péri-utérine) se produisent chez la femme enceinte.

a) Modifications *mécaniques* d'abord, et en quelque sorte anatomiques. — Le système vasculaire péri-utérin et péri-vaginal subit une hypertrophie considérable et ce sont les veines surtout qui prennent part à cet accroissement. Les sinus utérins, presque virtuels à l'état normal, deviennent énormes. La conséquence de cette augmentation de volume des cavités veineuses est un ralentissement sanguin considérable, une stase sanguine favorable au développement des coagulations.

La stase est entretenue aussi par la faiblesse de l'impulsion cardiaque due à l'éloignement du cœur. Elle est aggravée enfin par la gêne de la circulation de retour, toutes les voies veineuses efférentes étant comprimées par l'utérus gravide.

b) Modifications *humorales*. — 1° Le sang pendant la grossesse est notablement plus *coagulable* qu'à l'état normal. Il contient beaucoup plus de fibrine (4 à 4,8 pour mille au lieu de 3, chiffre habituel). Andral et Gavarret.

2° Il contient beaucoup plus de chaux, deux fois plus en général, et l'on sait le rôle essentiel joué par les sels de calcium dans la production des coagulations.

3° Il y a accroissement de la proportion du plasma sanguin et corrélativement, diminution de la densité sanguine (Mayet, Bar et Daunay).

4° L'alcalinité du sang est diminuée à la fin de la grossesse (Bar et Daunay).

5° Il faut ajouter qu'à la fin de la grossesse le nombre des leucocytes s'accroît, que beaucoup d'entre eux sont détruits sous l'influence de l'excès de chaux dans le sang et qu'ils mettent en liberté les *thrombases* qu'ils contiennent.

c) *Causes capables de léser l'endothélium.* — Ce seront tout d'abord les *traumatismes* légers, mais continus, sur lesquels Vaney a beaucoup insisté et qui se produisent du fait : soit du volume même de l'utérus butant contre les parois pelviennes, soit de l'étirement des veines dû à l'hypertrophie si rapide de la matrice, traumatismes exagérés par la fragilité des parois vasculaires au cours de cette congestion gravidique si intense.

2° D'une façon beaucoup plus problématique, certains ont pu invoquer des faits d'ordre histologique compromettant l'intégrité de la muqueuse : pénétration de l'œuf par effraction dans la muqueuse utérine, envahissement à travers la caduque de la paroi des vaisseaux maternels par les villosités (on leur a même fait jouer un rôle infectant par le transport des germes des couches superficielles de la muqueuse aux couches profondes).

Enfin, à partir du huitième mois, pénétration des cellules géantes de la caduque interutéro-placentaire dans les sinus utérins contigus.

d) *Facteurs toxiques.* — La femme enceinte est une intoxiquée. Une des variétés habituelles de son intoxication est l'intoxication due à la constipation si fréquente chez elle. Les poisons nombreux produits par la rétention du contenu intestinal passent dans le sang de la veine porte et vont léser le foie. Parmi les multiples causes qui peuvent léser le foie de la femme enceinte, celle-ci paraît devoir être une des plus importantes. Or, le foie, sous l'influence des peptones (Contejean, Gley et Pachon) produit une substance anticoagulante.

Les poisons d'origine fœtale, la sécrétion du corps jaune, mais surtout les poisons d'origine placentaire (Weichardt, Schmorl, Volhard, Fehling) favorisent nettement la coagulation du sang.

Donc, dans l'état actuel de la science, un fait paraît bien démontré : l'accumulation au cours de la grossesse des

causes favorisant la coagulation du sang. Et de fait, dans le dernier mois apparaissent des thromboses spontanées (Friedlander et Léopold) au niveau de la région placentaire. Une grande partie des sinus utérins s'oblitérent. Mais il n'y a pas de phlébite. La thrombose reste *aseptique* et *limitée*.

L'infection et ses portes d'entrée.

En somme, la femme au cours de la grossesse offre un terrain particulièrement favorable à l'apparition de coagulations sanguines et ceci suivant une courbe croissante des premiers aux derniers mois. En outre, bien des causes surajoutées pourront venir augmenter encore ces possibilités de coagulation : affections cardiaques venant augmenter la stase veineuse ; affections sanguines ; chlorose anémie, où les proportions de fibrine et de plasma sont exagérées.

Logiquement donc, on devrait en clinique retrouver la trace évidente d'une prédisposition aussi marquée. Les phlébites devraient devenir de plus en plus fréquentes au fur et à mesure que le terme de la grossesse serait plus proche. Si l'on en juge par nos observations, il n'en est rien ou tout au moins il ne semble pas qu'il y ait la corrélation étroite que l'on pourrait attendre. Et, d'ailleurs, un fait est bien frappant : la prédisposition à la coagulation est telle que physiologiquement il se produit constamment des thromboses aseptiques. Et en pathologie, le caractère le plus saillant peut-être des phlébites au cours de la grossesse est leur extrême rareté.

C'est qu'envisager la coagulation du sang n'est envisager qu'une des faces du problème. L'autre est l'infection. Voyons donc dans quelles conditions pendant la grossesse se trouvent et l'utérus, et la zone péri-utérine, et l'organisme entier.

a) L'utérus voit sa cavité oblitérée dès les premiers mois par le bouchon muqueux sécrété par les glandes du col.

Il est ainsi protégé contre les infections exogènes (à moins d'endométrite préexistante). Ces cas d'endométrite sont fréquents et il semble même que la grossesse puisse réveiller et rendre apparente une endométrite latente.

Quelle part faut-il attribuer à cette endométrite dans la production des phlébites au cours de la grossesse ? Une bien petite, sans doute, car le nombre des phlébites est infime par rapport à celui de ces infections ou même de leurs complications habituelles, l'hydropisie décédiale par exemple. Sans doute, les microbes ne doivent pouvoir pénétrer à travers la caduque et la paroi utérine qu'à la faveur d'une solution de continuité et dans des circonstances spéciales. L'endométrite n'agirait donc qu'en créant une des complications dont la phlébite de la grossesse est vraisemblablement, comme nous le verrons plus loin, dans certains cas, la conséquence.

b) Du côté de la zone péri-utérine et de l'organisme entier il existe des moyens de défense spéciaux contre l'infection. Ce seront tout d'abord la congestion péri-utérine elle-même. La stase sanguine n'est-elle pas, dans certains cas, un facteur de défense contre l'infection ? Et l'exemple est classique des sujets atteints de rétrécissement mitral pur et que la stase pulmonaire empêche de devenir tuberculeux.

Plus important encore doit être le rôle de cette hyperleucocytose constante : hyperleucocytose portant sur toutes les variétés de globules blancs, dont la proportion reste la même. Leur destruction met en liberté les thrombases coagulantes, mais leur destruction même peut n'être que le témoignage de leur rôle phagocytaire.

Il y aurait donc, en somme, trois éléments protecteurs de la femme enceinte contre l'infection d'origine génitale : le bouchon muqueux isolant la cavité utérine du vagin, la paroi utérine qui agirait comme un vrai filtre, retenant les microbes qui auraient pu pénétrer jusque dans la cavité

utérine, protection sanguine enfin qui ne serait que la résistance habituelle de l'organisme à l'infection, mais momentanément exaltée. De ces trois éléments, un surtout, le second, nous paraît jouer un rôle prépondérant dans la question.

Il nous semble en effet qu'il faut diviser en deux catégories les phlébites au cours de la grossesse : celles qui sont dues à une infection septicémique généralisée avant de devenir localisée, et celles dont le point de départ est utérin.

A). — Dans le premier groupe, nous rangerons les phlegmatias que l'on peut voir survenir après les typhoïdes, au cours de la grippe, et surtout celles qui sont consécutives aux infections intestinales. La constipation si fréquente, habituelle même chez la femme enceinte, est la source de colibacilloses qui peuvent se localiser en différents points de l'organisme. Les pyélonéphrites puerpérales dues aux colibacilloses, particulièrement bien étudiées ces temps derniers, relèvent d'un mécanisme analogue à celui de certaines de nos phlébites. On sait que, dans ces cas, la propagation peut se faire soit par voie sanguine, soit par voie lymphatique. Il nous est impossible de dire si ce dernier mode peut être invoqué pour la phlegmatia. Mais rien, pensons-nous, ne s'y oppose. Quoiqu'il en soit, la malade dont il est question dans notre observation n° 10 paraît avoir présenté une phlébite due au colibacille. A l'avenir, la recherche soigneuse du colibacille devra toujours être pratiquée dans ces cas.

B). — Le second groupe comprend les phlébites liées à une infection utérine doublée d'une effraction de la muqueuse. Nous y rattacherons l'observation du Professeur agrégé Péry (obs. 15), nos observations 17 et 18, peut-être celle de notre maître Maurice Rivière, et enfin notre observation 16. On trouve dans cette dernière, à l'autopsie, « un fibrome sphacélé accolé à l'utérus, dans la cavité utérine un

placenta décollé en partie et, dans cette zone, un caillot infecté ». Dans les autres, ulcération du col et placenta prævia.

C'est qu'alors tout se passe comme dans des suites de couches pathologiques : il y a une plaie utérine qui ne diffère de celle du post partum que par sa dimension.

Il y a plaie, donc hémorragie, si minime soit-elle, et l'on sait le rôle prépondérant joué par l'hémorragie dans la [»] genèse de l'infection puerpérale.

« Il est des toxines qui agissent plus particulièrement sur le système vasculaire génital. Ce sont celles qui prennent naissance dans toute hémorragie et plus particulièrement dans les hémorragies placentaires. Les expériences de Hayem, Frédéric, et Nocard, ont établi en effet que le sérum et le sang défibriné sont capables de déterminer la précipitation de la fibrine..... Cette cause doit prendre une réelle importance quand il existe dans l'utérus des caillots capables de mettre en liberté une certaine quantité de sérum. Or, c'est le cas des décollements placentaires et de l'insertion vicieuse du placenta ».

Ces paroles du rapport de Jeannin, qui s'appliquent à l'accouchement et au postpartum, nous paraissent s'appliquer aussi bien à la période qui précède l'accouchement. Nous n'hésitons pas, pour notre part, à croire que c'est là une cause essentielle des phlébites au cours de la grossesse et nous pensons que si des faits de ce genre n'ont pas été signalés, c'est qu'on ne les a pas suffisamment cherchés.

On pourrait trouver un argument en faveur de ceci dans l'étude attentive de la symptomatologie. Il est aisé, dans certaines de nos observations où la cause de la phlébite n'est pas mentionnée, de retrouver les signes d'une phlébite péri-utérine surajoutée à la phlegmatia du membre inférieur. L'observation de Saint-Ange, avec ses douleurs inguinales, ses irradiations lombaires, sa rétention d'urine, paraît se rapporter à un cas de ce genre.

CONCLUSIONS

Nous n'avons pu réunir sur ce sujet, peu étudié, que des documents dont beaucoup sont incomplets. Quelques conclusions pourtant paraissent se dégager de nos observations :

1° Rien d'essentiel ne paraît distinguer la physionomie clinique de ces phlébites, de celle des autres phlegmatias. Les conclusions de Charpy sur la bénignité de ces phlébites demandent à être revisées;

2° Le pronostic est aggravé par la possibilité en plus des complications habituelles (embolies), d'un avortement ou d'un accouchement prématuré, en pleine période d'état de la maladie.

Le pronostic fœtal est mauvais, et par la fréquence des interruptions de la grossesse, et par la menace de complications au moment de l'accouchement. Dans nos observations, plus d'un quart des enfants a succombé.

3° Enfin, même si la phlébite suit son cours normal et guérit, le pronostic de l'accouchement devra dans certains cas donner lieu à une certaine réserve. On devra toujours chercher à dépister l'infection septicémique qui peut être cause de la phlébite. Si, soit par la clinique, soit par le

laboratoire, on ne peut faire la preuve de cette infection ; si, de plus, la phlébite a paru prendre son origine dans le petit bassin, on pensera à la présence d'une plaie de la muqueuse utérine, plaie dont la cause la plus fréquente est sans doute le placenta prævia.

VU, BON A IMPRIMER

Le Président,

Dr MAURICE RIVIÈRE.

Vu :

Le Doyen,

Dr C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 30 Janvier 1923.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- BRINDEAU. — Cas de phlegmatia alba dolens pendant la grossesse. (*L'Obstétrique*, 1900, n° 5.)
- BROWNING. — Pulmonary Embolism occuring during gestation. (*Medical Record*, New-York, 1887.)
- CHARPY. — Thèse de Paris, 1902.
- CHARRIN et GUILLEMONET. — Anémies et modifications humorales de la grossesse. (Académie des Sciences, Séance des 8 et 15 juillet 1901.)
- CONTEJEAN. — Recherches sur les injections intraveineuses de peptone et leur influence sur la coagulation du sang chez le chien. (*Archives de Physiologie*, 1895.)
- GAFÉ. — Thèse de Paris, 1873.
- GLEY et PACHON. — Influence des variations de la circulation lymphatique intrahépatique sur l'action anti-coagulante de la peptone. (*Archives de Physiologie*, 1895.)
- GOLDSBOROUGH. — Thrombosis of internal iliac vein during pregnancy. (*Johns Hopkins Hospital Bullet.*, Baltimore, 1904.)
- HIRTZ et HANNEQUIN. — Hérité veineuse. Phlébite familiale. (*Bulletin médical*, mai 1901.)
- JEANNIN. — Rapport au XV^e Congrès de la Société obstétricale de France, 12 octobre 1912.
- KEIM. — Pathogénie de la phlegmatia alba dolens puerpérale. (*Presse médicale*, juillet 1907.)
- Phlegmatia à point de départ intestinal. (*Annales de la Société Obstétricale de France*, 1905.)

- MALARTIC. — Contribution à l'étude de la gestation compliquée de grippe. (Thèse de Paris, 1919.)
- MAYET. — Causes des coagulations sanguines. (Congrès français de Médecine de Nancy, 1896.)
- PERRIN. — Deux cas de phlébite syphilitique. (*Revue médicale de l'Est*, Nancy, 1920.)
- PHELPS. — Sudden death from pulmonary thrombosis and embolism, during pregnancy. (Tr. VERMONT, Med. Soc. Burlington, 1891.)
- RÉMY (S. et A.). — A propos d'un diagnostic de menace de phlébite au cours d'une gestation. (*Revue mensuelle de Gynécologie, d'Obst. et de Pédiat.*, Paris, 1918.)
- . — Un cas de mort par embolie au cours de la grossesse. (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, Paris, 1916.)
- SAINT-ANGE. — Un cas de phlegmatia alba dolens pendant la grossesse. (*Archives de Gynécologie et de Tocologie*, 1896.)
- TROISIER. — Phlegmatia alba dolens. (Thèse d'Agrégation, 1880.)
- VANEY. — Thèse de Nancy, 1906. (Cet important travail contient une bibliographie très complète jusqu'à l'année 1906.)
- WIDAL. — Etude sur l'infection puerpérale, la phlegmatia alba dolens et l'érysipèle. (Thèse de Paris, 1899.)

